



## **DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL**

### **HOSPITAL ESPÍRITA DE PORTO ALEGRE**

PORTARIA Nº 3.410 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

## DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL – POA

TERMO INTEGRANTE DO CONVÊNIO/ CONTRATO OU CONGÊNERE, QUE CONTÉM AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CONTRATADO/CONVENIADO, OS COMPROMISSOS ASSISTENCIAIS COM OS RESPECTIVOS QUANTITATIVOS, AS METAS DE QUALIDADE COM INDICADORES DE GESTÃO, ASSISTENCIAL, ENSINO E PESQUISA/ EDUCAÇÃO PERMANENTE E INDICADORES ESPECÍFICOS DAS REDES PRIORITÁRIAS, QUE SÃO OBJETOS DE PACTUAÇÃO DESTE INSTRUMENTO CONTRATUAL.

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Razão Social:		CNPJ:	92697291000137
HOSPITAL ESPÍRITA DE PORTO ALEGRE		CNES:	2237180
Endereço:			
PRAÇA SIMÕES LOPES NETO, 175			
Cidade:	UF:	CEP:	DDD/Telefone:
PORTO ALEGRE	RS	91720440	(051) 33205700
Conta Corrente:	Banco:	Agência:	Praça de Pagamento:
30-2	104	435	Porto Alegre
Responsável Legal: Gilberto da Silva			CPF:25490150025
Diretor técnico : Dra. Carla Santos Telles			CREMERS: 27124
Diretor administrativo:		CPF: 18791441072	
Maria Eleoni Gomes			
Endereço:			CEP:
PRAÇA SIMÕES LOPES NETO, 175 BAIRRO TERESÓPOLIS			91720440

**2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL**

Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Geral		<input checked="" type="checkbox"/> Especializado	
Natureza	<input type="checkbox"/> Público	<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico		<input checked="" type="checkbox"/> Privado
Número de Leitos (sem UTI)	266 Geral		174 SUS	
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( não SUS)		<input type="checkbox"/> Não	
Demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (não SUS)		<input checked="" type="checkbox"/> Referenciada	
Serviço de Maternidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não:		Se sim, habilitado em GAR:
Habilitação em Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de Leitos UCI Neonatal	Leitos			
Número de Leitos de UTI Tipo II SUS	Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Número de Leitos de UTI Tipo III	___ Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		Qual(is):
Comissão de Infecção hospitalar:	Carla Santos Telles CRM 27124			
Comissão de Ética:	Dr. Carlos Ivan Garcia Viale			
Comissão de Prontuários Médicos	Carla Santos Telles CRM 27124			

2.1 ESTRUTURA FÍSICA		
I - AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS ESPECIALIZADAS	1	0
II – URGÊNCIA EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	6	0
SALA ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA CURATIVO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO INDIFERENCIADO	1	1
III – HOSPITALAR - LEITOS		
ESPEC - CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
47-PSIQUIATRIA	251	159
TOTAL	251	159
HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
73- SAÚDE MENTAL	15	15
TOTAL	15	15
TOTAL SEM COMPLEMENTAR	266	174
IV - SERVIÇO DE APOIO		
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCIARIZADO	
AMBULÂNCIA	PROPRIO	
FARMÁCIA	PROPRIO	
LAVANDERIA	PROPRIO	
NECROTÉRIO	PROPRIO	
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	PROPRIO	
SAME- PRONTUÁRIOS DE PACIENTES	PROPRIO	
MANUTENÇÃO EQUIPAMENTOS	PROPRIO	
SERVIÇO SOCIAL	PROPRIO	

2.2 EQUIPAMENTOS			
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
DEFIBRILADOR	3	3	SIM
MONITOR DE ECG	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
ELETROCARDIOGRAFO	1	1	SIM
Resíduos/Rejeitos			SIM
Coleta Seletiva de Rejeito			SIM
RESIDUOS COMUNS			SIM

fonte: CNES/DATASUS/

3. METAS				
3.1 METAS FÍSICO-FINANCEIRAS				
MÉDIA COMPLEXIDADE - INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE			
	Qtde. Mensal	Valor Unitário Médio (R\$)	Valor Mensal (R\$)	Valor Anual (R\$)
<b>GRUPO 03 Procedimentos clínicos</b>				
<b>Subgrupo 02 – Tratamentos Clínicos (outras especialidades)</b>				
<b>FO 17 – Tratamento de Transtornos mentais e comportamentais</b>				
03.03.17.009-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR INTERNAÇÃO)	200	R\$ 1,730.40	R\$ 346,080.00	R\$ 4,152,960.00
03.03.17.010-7 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA	15	R\$ 1,408.49	R\$ 21,127.35	R\$ 253,528.20
TOTAL	215	R\$ 3,138.89	R\$ 367,207.35	R\$ 4,406,488.20

## METAS DE QUALIDADE

INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE							
Eixo 1 - Assistência e Gestão	Área	Meta (Valor mensal)	Unidade	Sentido Indicador	Valor de repasse de acordo com Resultado do Indicador		
					Variação de até 10%	Variação entre 10% a 25%	Variação maior 25%
Taxa de Ocupação de Leitos	Geral	85.00%	(Número de pacientes-dia do hospital no período de um mês) / (Número de leitos-dia SUS operacionais no mesmo período) x 100	↑	R\$ 63,721.79	R\$ 54,163.52	R\$ 44,605.26
Tempo Médio de Permanência de Pacientes da Rede de Atenção Psicossocial	Geral	21	(Número de pacientes-dia da Rede de Atenção Psicossocial do hospital no período de um mês) / (altas, transferências externas e óbitos do hospital de pacientes da Rede de Atenção Psicossocial, no	↓	R\$ 63,721.79	R\$ 54,163.52	R\$ 44,605.26
Número de Pacientes Diários Regulados pela Equipe de Regulação Hospitalar SMS / POA	Geral	6	Pacientes-dia	↑	R\$ 63,721.79	R\$ 54,163.52	R\$ 44,605.26
Transição do cuidado (agendamento via Gercon no momento da alta)****	Geral	80.00%	Número de pacientes de alta com consultas agendadas o GERCON	↑	R\$ 63,721.79	R\$ 54,163.52	R\$ 44,605.26
<b>Total por Metas</b>					R\$ 254,887.18	R\$ 216,654.10	R\$ 178,421.02

**O Valor de repasse supracitado está condicionado à reclassificação da tipologia dos leitos.**

**\*Se a meta do indicador variar em até 10%, o prestador receberá 100% do valor destinado a ele, que corresponde a R\$ 63.721,79 (a soma de todos os indicadores de qualidade que corresponde a 60% do valor pré-fixado do contrato, no montante de R\$ 254.887,18)**

**\*\*Se a meta do indicador variar entre 10% e 25%, o prestador receberá 85% do valor destinado a ele, que corresponde a R\$ 54.163,52] (a soma de todos os indicadores de qualidade que corresponde a 60% do valor pré-fixado do contrato, no montante de R\$ 254.887,18)**

**\*\*\*Se a meta do indicador variar acima de 25%, o prestador receberá 70% do valor destinado a ele, que corresponde a R\$ 44.605,26 ( a soma de todos os indicadores de qualidade corresponde a 60% do valor pré-fixado do contrato, no montante de R\$ 254.887,18).**

**\*\*\*\* Indicador informativo até 1º quadrimestre de 2020**

Avaliação da qualidade dos serviços prestados nas unidades de internação direcionados para atendimento de pessoas em crise	Geral	3,50-4,49 (BOA)	(Número de pontos obtidos na avaliação/ Total de pontos	↑	****Indicador informativo por 12 meses
--	-------	-----------------	---	---	--

*As metas serão avaliadas pelo resultado obtido no acumulado do quadrimestre.*

*A fonte de dados para apuração fica definida como a utilizada pelo HEPA passível de auditoria caso necessário, com exceção do indicador de número de pacientes diários regulados pela Equipe de Regulação Ambulatorial, que concomitantemente poderá prestar esta informação.*

**6 - PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTARIA ESTIMADA**

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA PARA O HOSPITAL	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
ORÇAMENTO PRÉ-FIXADO	R\$ 424,811.96	R\$ 5,097,743.52
ORÇAMENTO POS-FIXADO	R\$ 79,771.00	R\$ 957,252.00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 504,582.96</b>	<b>R\$ 6,054,995.52</b>

O valor anual estimado para a execução deste descritivo **APÓS A RECLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE LEITO** importa em **R\$ 6.054.995,52 (SEIS MILHÕES, CINQUENTA E QUATRO MIL, NOVECENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS)** conforme especificado a seguir.

**6.1 - ORÇAMENTO PRÉ-FIXADO**

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA PARA O HOSPITAL	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
Produção de Média Complexidade Hospitalar	R\$ 367,207.35	R\$ 4,406,488.20
Incentivo Federal INTEGRASUS Portaria 604/2001**	R\$ 18,504.61	R\$ 222,055.32
Incentivo Municipal Lei 9.105 de 25/04/2003	R\$ 39,100.00	R\$ 469,200.00
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO</b>	<b>R\$ 424,811.96</b>	<b>R\$ 5,097,743.52</b>

**6.2 - ORÇAMENTO PÓS - FIXADO**

Incentivo Estadual CIB 165/2015 CIB-RS	<b>R\$ 79,771.00</b>	<b>R\$ 957,252.00</b>
<b>TOTAL PÓS-FIXADO</b>	<b>R\$ 79,771.00</b>	<b>R\$ 957,252.00</b>

O componente **pré-fixado** importa em **R\$ 5.097.743,52 ( cinco milhões, noventa e sete mil, setecentos e quarenta e três reais e cinquenta e dois centavos)**, a ser transferido ao Hospital Espírita, em parcelas duodecimais de **R\$ 424.811,96 (quatrocentos e vinte e quatro mil, oitocentos e onze reais reais e noventa e seis centavos)**, conforme discriminado abaixo:

a. Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado, que remontam a **R\$ 254.887,18 (Duzentos e cinquenta e quatro mil, oitocentos e oitenta e sete reais e dezoito centavos)** serão repassados mensalmente, do Fundo Municipal/Estadual/Distrital de Saúde ao Hospital Espírita de Porto Alegre vinculados ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminados neste Documento Descritivo;

b. Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado que remontam a **R\$ 169.924,78 (Cento e sessenta e nove mil, novecentos e vinte e quatro reais e setenta e oito centavos)** serão repassados mensalmente ao estabelecimento hospitalar de acordo com o percentual de cumprimento das metas físico-financeiras pactuadas no Documento Descritivo. Admitir-se-á tolerância de 10% quanto à produção física/financeira, sem incidir desconto.

O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas neste Documento Descritivo deverá ser avaliado/atestado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato.

No caso, das avaliações serem realizadas quadrimestralmente, se necessário, os valores eventualmente pagos a maior no período, serão deduzidos no pagamento dos meses do período subsequente, de acordo com o percentual de cumprimento das metas.

As metas pactuadas nas Redes Temáticas de Atenção a Saúde deverão ter o cumprimento mensal de no mínimo de 90% pelo hospital.

Se o cumprimento das metas quantitativas for abaixo de 50% e acima de 100% por 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados, será necessário rever o plano operativo e os valores contratuais, exceto das Redes Temáticas. E se o cumprimento das metas qualitativas for abaixo de 50% será necessário rever o documento descritivo e os valores contratuais.

O componente **pós-fixado** corresponde ao valor de incentivo estadual, pago integralmente quando ocorre o efetivo repasse do governo do estado do RS. Há ainda a Produção Ambulatorial e Hospitalar FAEC, Produção ambulatorial e hospitalar da alta complexidade que será paga ao prestador, de acordo com a produção mensal aprovada pela SMS/POA, embora não exista previsão de produção do Hospital Espírita em alta complexidade ou FAEC.

Os valores previstos neste DD poderão ser alterados, de comum acordo entre o gestor e o Hospital, mediante celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado sendo que no caso de necessidade de recursos adicionais, estas serão provenientes da área denominada Teto da Média e Alta Complexidade do Município/Estado e de acordo com disponibilidade orçamentária.

## RESUMO ORÇAMENTÁRIO

HOSPITAL ESPÍRITA DE PORTO ALEGRE				
6.3 - RESUMO ORÇAMENTÁRIO				
			Mensal	Anual
<b>SIA</b>	Média complexidade - Pré-fixado	Físico	0	0
		Financeiro	R\$ -	R\$ 0.00
	Alta complexidade - Pós-fixado	Físico	0	0
		Financeiro	R\$ 0.00	R\$ 0.00
	FAEC- fixado	Pós-Físico	0	0
Financeiro		R\$ -	R\$ 0.00	
<b>SIH</b>	Média complexidade - Pré-fixado	Físico	215	2,580
		Financeiro	R\$ 367,207.35	R\$ 4,406,488.20
	Alta complexidade - Pós-fixado	Físico	0	0
		Financeiro -MAC	R\$ -	R\$ -
	FAEC- fixado	Pós-Físico	0	0
Financeiro		R\$ -	R\$ 0.00	
<b>Total (MAC+FAEC)</b>			<b>R\$ 367,207.35</b>	<b>R\$ 4,406,488.20</b>
			Mensal	Anual
<b>FÍSICO</b>	<b>SIA</b>		0	0
	<b>SIH</b>		215	2,580
<b>FINANCEIRO</b>	<b>SIA</b>		R\$ 0.00	R\$ -
	<b>SIH</b>		R\$ 367,207.35	R\$ 4,406,488.20
<b>Total MAC</b>			<b>R\$ 367,207.35</b>	<b>R\$ 4,406,488.20</b>
			Mensal	Anual
<b>INCENTIVOS</b>				
Incentivo Municipal Lei 9.105 de 25/04/2003 *			R\$ 39,100.00	<b>R\$ 469,200.00</b>
Incentivo Estadual CIB 165/2015 CIB-RS**			R\$ 79,771.00	<b>R\$ 957,252.00</b>
Incentivo Federal INTEGRASUS			R\$ 18,504.61	<b>R\$ 222,055.32</b>
<b>Total Incentivo</b>			<b>R\$ 137,375.61</b>	<b>R\$ 1,648,507.32</b>
<b>Total MAC + Incentivos</b>			<b>R\$ 504,582.96</b>	<b>R\$ 6,054,995.52</b>